Ueber Carcinom des Rachens.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Anton Sontheimer,

approb. Arzt aus Augsburg.

München 1898.

Kgl. Hof-Buchdruckerei Kastner & Lossen.

Ueber Carcinom des Rachens.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Anton Sontheimer,

approb. Arzt aus Augsburg.

München 1898.

Kgl. Hof-Buchdruckerei Kastner & Lossen.

Referent: Herr Obermedizinalrat Prof. Dr. Bollinger.

Seinen lieben Eltern

aus

Dankbarkeit gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553806_0058

Betrachtet man die Aetiologie des Carcinoms, so findet man in den meisten Fällen, dass lokale Irritationen, namentlich mechanischer und auch chemischer Natur für die Entstehung der Erkrankung von grossem Einflusse sind.

Von den Organen des menschlichen Körpers werden daher auch zumeist jene befallen, welche Schädlichkeiten am meisten ausgesetzt sind. Was nun die Häufigkeit der befallenen Organe betrifft, steht im Vordergrund der weibliche Genitalaparat, namentlich Uterus und Mamma. Die carcinomatöse Erkrankung dieser Organe tritt so zahlreich auf, dass dadurch sogar das häufigere Vorkommen des Krebses beim weiblichen Geschlechte überhaupt bedingt ist.

Nach einer Zusammenstellung von Williams von 7878 Carcinomfällen betreffen 5016 das weibliche Geschlecht.

In zweiter Linie ist der Verdauungstraktus am meisten von Carcinom befallen. Von diesen Organen haben namentlich der untere Abschnitt der Speiseröhre, der Pylorus und das Rektum an dieser bösartigen Neubildung zu leiden.

Auffallend ist es, dass der obere Abschnitt des Digestionsapparates wie Zunge, harter Gaumen, Gaumensegel und namentlich der Rachen so selten von Carcinom ergriffen werden, obwohl gerade diese Or-

gane Schädlichkeiten aller Art in reichstem Masse ausgesetzt sind.

Es sei mir gestattet, zwei Fälle von primärem Rachencarcinom folgen zu lassen, von welchen der eine im Krankenhause rechts der Isar zur Beobachtung gelangte und für dessen gütige Ueberlassung ich an dieser Stelle Herrn Hofrat Dr. Brunner meinen Dank ausspreche.

Der zweite Fall kam vor einer Reihe von Jahren in der chirurgischen Klinik zur Beobachtung und schon nach kurzer Zeit, ohne dass noch ein chirurgischer Eingriff gemacht werden konnte, zur Obduktion.

I. Fall.

Sch. G., 58 Jahre alt, Zimmermann.

Anamnese:

Patient gibt an, schon seit langer Zeit schwer zu atmen. In den letzten 14 Tagen wurde die Atemnot immer ärger und steigerte sich zu täglich wiederkehrenden Erstickungsanfällen, die namentlich seit einigen Tagen immer hochgradiger wurden.

Status präsens.

Aelterer Mann mit ziemlich reduziertem Ernährungszustand, Hautfarbe blass, Muskulatur schwach entwickelt, Gesicht, namentlich Lippen stark cyanotisch, starker Stridor bei der Atmung. Einziehung des Jugulums und der Fossae supra- und infraclavikulares bei der Atmung. Am Jugulum eine etwa nussgrosse, sich knorpelig anfühlende Geschwulst, die bei der Atmung sichtbar auf- und absteigt.

Da sich die Atmungsbeschwerden immer stei-

gerten und bedrohliche Erscheinungen hervorriefen, wurde in Chloroformnarkose die Tracheotomie gemacht. Hautschnitt zwischen Iugulum und Kehlkopf. Zugleich wurde der erwähnte harte Tumor exstirpiert. Eröffnung der Trachea nach oben. Lange Königsche Kanüle.

Patient erholte sich nach der Operation gut. Die Atmung durch die Kanüle ist frei, doch besteht eine Absonderung von höchst übelriechendem Eiter. Die Kanüle färbt sich schwarz. Beim Einführen der Kanüle ist anscheind immer ein Hindernis zu passieren. Die Eiterabsonderung dauerte in gleicher Weise fort, hat jedoch den fauligen Geruch verloren.

Zunehmende Abmagerung. Der Grund des Leidens besteht wohl in einem malignen zerfallenden Neoplasma in der Umgebung der Trachea.

Zehn Tage nach der Tracheatomie ein vorübergehender Erstickungsanfall, dann Exitus letalis unter dem Bilde der Herzschwäche.

Die von Herrn Dr. Dürck vorgenommene Sektion[1]) ergab folgendes:

Grosse, abgemagerte, senile männliche Leiche. Beide Schilddrüsenlappen etwas geschwellt, in der Mittellinie des Halses über dem Jugulum eine ovale, 1 cm klaffende Oeffnung, welche direkt in die Trachea führt. Abdomen kahnförmig eingezogen. Keine Oedeme. Fettpolster und Muskulatur gering. Letztere sehr trocken. Im Abdomen keine Flüssigkeit. Zwerchfellstand links sechste Rippe, rechts fünfter Interkostalraum. Herzbeutel liegt etwa drei Finger vor und

[1]) Sektions-Journal des pathol. Instituts Nr. 839 1897.

enthielt ein Weinglas klares Serum, linke Lunge in grosser Ausdehnung mit der Kostalpleura adhärent, rechte Lunge ganz frei, beide Pleurahöhlen leer. In das vordere, obere Mediastinum ragt von oben her, hinter dem Manubrium sterni gelegen, der gut wallnussgrosse, knopfartige und sehr dicke mittlere Schilddrüsenlappen.

Linke Lunge den Verwachsungen entsprechend, mit fibrösen Auflagerungen bedeckt, beide Lappen ziemlich blass, gut lufthaltig, ohne Einlagerungen.

Rechte Lunge mit ganz glatter Pleura und stark geblähten Alveolen des vorderen Teiles. Ober- und Mittellappen luftkissenartig mit beträchtlich vermehrtem Luftgehalt, äusserst trocken und substanzarm. Unterlappen ausgedehnt, Saftgehalt beträchtlich vermehrt. In den centralen Partieen ist das Gewebe dunkel braunrot, derb infiltriert, fast milzartig, Luftgehalt hier sehr stark reduziert, an einzelnen Stellen ganz aufgehoben.

Bei Eröffnung des Rachens und des Oesophagus zeigt sich ausgehend von der linken Wand des ersteren in der Ausdehnung von fast einem Handteller eine warzige, graubraune, vielfach zerklüftete und im Centrum zerfallene Geschwulstmasse, welche auf die Hinterwand des Larynx übergegriffen hat und das Lumen desselben in der Richtung nach vorn und rechts sehr bedeutend zusammendrückt. An der linken ary-epiglottischen Falte ragen zahlreiche papilläre Excrescenzen bereits in das Lumen des Larynx hinein, auch der obere Teil der Trachea ist noch bedeutend komprimiert.

Der Schilddrüsenlappen sehr bedeutend ver-

grössert und in der ganzen Ausdehnung mit einer weisslichen, durch gelbliche Pfropfen untermischten Geschwulstmasse durchzogen. Der verbreiterte Schilddrüsenlappen in der Mitte enthält breiige, kolloide in Cysten eingeschlossene Massen.

Das Herz ist sehr klein mit stark geschlängelten Koronargefässen, beide Ventrikel eng, dünnwandig mit zerreissbarer Muskulatur, diese Koronargefässe mit verdickten, kalkig inkrustierten Wandungen. Der Bulbus der Aorta ist spindelförmig bis zu Hühnereigrösse erweitert. Intima von gelblich weissen strahligen Knoten durchzogen.

Milz mit verdickter, runzeliger Kapsel, sehr atrophisch, blasser zurücksinkender Pulpa und stark hervortretenden hypertrophischem Gerüste.

Leber klein, im Oberlappen Schnittfläche und Oberfläche glatt, acinöse Zeichnung deutlich, Blutgehalt gering, in der Gallenblase geringe Menge heller Galle.

Magen ziemlich gross, Schleimhaut zum grössten Teile kadaverös erweicht. Im unteren Ileum und Anfangsteile des Dickdarmes Schleimhaut rosig injiziert. Keine Substanzverluste.

Fettkapsel der beiden Nieren schlecht entwickelt mit adhärenter Fibrosa, Oberfläche glatt, auf der Schnittfläche Mark und Rinde ziemlich deutlich geschieden, beide Nieren blass, Nierenbecken eng und fettlos.

Die **anatomische Diagnose** lautete:

Carcinom des Rachens, ausgehend von der linken Wand mit Uebergreifen auf den Larynx und Kompression desselben

auf den linken Schilddrüsenlappen. Beginnen des Aneurysma der Aorta. Braune Atrophie des Herzens.

Zum Zweck der histologischen Untersuchung wurden Teile der Geschwulstmassen des Rachens eingebettet in Celloidin. Der mikroskopische Befund ist folgender:

Das Präparat zeigt unregelmässige, teils gestreckte, teils mehr rundliche Partieen, erfüllt von epitheloiden Zellen. Am Rande sind die Zellen mehr kubisch und in epithelialer Anordnung zusammengereiht. Zwischen diesen Feldern schieben sich Stränge von Bindegewebe ein, das zahlreich kleinzellig infiltriert ist und auch an verschiedenen Stellen ausserhalb der Gefässe liegend rote Blutkörperchen enthält.

Das genannte Gewebe sitzt einer Muskellage auf, von der es stellenweise durch einen derben Zug fibrillären Bindegewebes getrennt ist. Die Zellen der Epithelnester haben bläschenförmige, ovale Kerne mit deutlichem Kerngerüst und Kernkörperchen. Eine Anzahl der Kerne erscheint gebläht, von einem ungefärbten Hofe vakuolenartig umgeben.

Partien mit derartig geschilderten Kernen leiten zu Stellen über, bei denen die Kerne sehr stark gebläht sind, auch die Zellleiber erscheinen um das Drei- oder Vierfache grösser als normal. Die Kernteilungsfiguren werden in solchen Zellen nicht wahrgenommen. Das Bindegewebe ist ziemlich mächtig entwickelt, die Kerne des kleinzelligen Infiltrates sind stark gefärbt. Die Infiltration ist in der Nähe der Gefässe stärker. Die Vaskularisation im ganzen ist eine mässig starke. Nach all diesen Befunden ist die Diagnose auf Car-

cinom auch durch das Mikroskop bewiesen, und zwar ist anzunehmen, dass die Erkrankung von dem Plattenepithel ausgeht, obwohl auf dem Präparate selbst keine Stelle des gesunden Mutterbodens mehr zu finden ist.

II. Fall.

Aus der Anamnese dieses Falles ist nur bekannt, dass Patient ein sehr starker Raucher war. Wie lange das Leiden bis zum letalen Ausgang dauerte, konnte nicht in Erfahrung gebracht werden. Gegen Ende des Leidens, etwa sechs Monate vor dem Exitus, traten öfters Atembeschwerden und ziemlich starke Störungen in der Deglutination auf.

Sektionsprotokoll.[1])

N. N., 75 Jahre alt, prakt. Arzt.

Stark abgemagerter männlicher Leichnam mit blasser Hautdecke.

Nach Herausnahme der Halsorgane findet sich auf der hinteren Rachenwand im Umfange fast eines Fünfmarkstückes ein flaches 4—5 mm in die Tiefe greifendes Geschwür mit ziemlich scharfen und leicht speckig infiltrierten Rändern. Dieselben sind derb anzufühlen. Der Geschwürsgrund ziemlich rein, etwas schiefrig pigmentiert. Das Geschwür erstreckt sich in dem Schlundkopf bis zum Kehlkopfeingang herab. Die umgebende Schleimhaut ist wenig geschwellt, die übrige Rachenschleimhaut kaum verändert. Die submaxillaren Lymphdrüsen sehr schwer aufzufinden, etwas derb, halb erbsengross. Die Schilddrüse beiderseits

[1]) Sektions-Journal des pathol. Instituts Nr. 679 1889.

mässig vergrössert, von einzelnen Cysten und kalkigen Einlagerungen durchsetzt. Kehlkopf und Luftröhre normal. Bedeutende allgemeine Blutarmut.

Rechte Lungenspitze etwas verwachsen, daselbst findet sich ein schiefriger, schwieliger narbiger Herd. Das Lungengewebe im übrigen normal, nur beide Unterlappen sind gross, milzartig anzufühlen, fast luftleer, blut- und saftreich, im Zustande frischer entzündlicher Infiltration. Die Pleura über den erkrankten Lappen gerötet, getrübt, ebenfalls im Zustande beginnender Entzündung.

Das Herz von gehörigem Umfange, Muskel brüchig, aber gut entwickelt, Klappen normal. Die Aorta mässig verkalkt, am stärksten im Bauchteil oberhalb der Teilungsstelle. Das Gewebe mässig verdickt.

Milz normal von mässigem Umfange, Kapsel etwas verdickt und innig adhaerent mit dem Zwerchfell.

Darmkanal normal.

Leber etwas atrophisch, keine Krebsknoten, in der Gallenblase dunkle, zähflüssige Galle. Nieren sind normal, etwas verkleinert, keine Narben, Oberfläche glatt, Kapsel leicht abziehbar.

Anatomische Diagnose.

Carcinom (flacher Krebs) der hinteren Rachenwand ohne jede Affektion der Seiten. Terminale marantische und hypostatische Pleuropneumonie beider Unterlappen. Leichte Struma cystica et calculosa. Mässige Atheromatose der Bauchaorta, allgemeine Abmagerung.

Die histologische Untersuchung bestätigte die makroskopisch gestellte Diagnose in allen Teilen.

Die infiltrierten Ränder zeigten charakteristische epitheliale, unregelmässige Proliferation. An vielen Stellen sieht man typische Zapfen und Nester, in der Mitte derselben Kankroidperlen. Die Untersuchung der submaxillaren Lymphdrüsen ergab auffallenderweise keine Veränderung. Allenthalben sah man nur die regelmässige Anordnung, nirgends eine anormale Wucherung des Epithels, ebenso auch keine Vermehrung des Bindegewebes.

Wenn ich nunmehr die bevorstehenden Befunde zusammenfasse und nach dem mir vorgelegenen mikroskopischen Präparate ergänze, so war mir jedesmal das Bild eines Rachencarcinoms gegeben. Auffallend ist im ersten Fall, dass die primären Erscheinungen so wenig Beschwerden verursachten und Patient nur durch die bedrohlichen Atmungsbeschwerden, welche durch die wahrscheinliche Metastase im Mittellappen der Schilddrüsen bedingt wurden, die Hilfe des Krankenhauses in Anspruch nahm. Offenbar bestand schon geraume Zeit vorher die lokale Veränderung am Pharynx, ohne dass der Kranke besonders davon geplagt wurde.

Wenn ich nun im Anschlusse an die beiden oben beschriebenen Fälle näher auf das Carcinom des Rachens eingehe, so kommt hier vor allem die Aetiologie in Betracht.

Die Aetiologie des Carcinoms überhaupt ist noch in ziemliches Dunkel gehüllt, eine Anschauung überholt die andere.

Cohnheim behauptete, die Carcinome entstehen

durch versprengte embryonale Keime. Johannes Müller unterscheidet nach seinen Untersuchungen die feinsten Gewebsteile eines Krebses nicht wesentlich von den gutartigen Tumoren. Hannover betrachtet nur solche Neoplasmen als Carcinome, welche Zellen enthielten, die durch ihre Grösse und andere Merkmale, namentlich der Kerne, gekennzeichnet seien.

Waldeyer sieht nur jene Geschwülste für Carcinome an, deren Zellen Abkömmlinge wahrer Epithelien sind und sie entstehen nach ihm primär nur da, wo sich echte epitheliale Bildungen finden. Sekundär kann das Carcinom auf dem Wege embolischer Verschleppung meist durch die Lymph- seltener durch die Blutbahn zur Entwicklung gelangen, indem dann die Krebszellen in dem für sie geeigneten Boden weiter sich fortzupflanzen vermögen.

Mit den bedeutenden Entdeckungen auf dem Gebiete der Bakteriologie, durch welche schon manche früher unklare Krankheit in ihrem ganzen Wesen erkannt wurde, geht Hand in Hand eine Anschauung, welche der Krakauer Professor Adamkiewicz vertritt. Durch zahlreiche Versuche kam er zu dem Schlusse, dass auch das Carcinom eine Infektionskrankheit sei. Eine ähnliche Anschauung vertritt auch Prof. Emmerich in München.

Ein Hauptmoment in der Entstehung des Rachencarcinoms besteht, wenn dasselbe primär auftritt, in den zahlreichen mechanischen und chemischen Reizen. Warum das Carcinom des Rachens so äusserst selten im Verhältnis zu den anderen Organen des Digestionsapparates, die doch denselben Reizen, wenn nicht sogar in geringerem Grade ausgesetzt sind, vorkommt, ist nicht recht klar.

Makenzie nimmt als Hauptmoment die Heredität an. Von 8289 Carcinomen konnte in den Pariser Registern nur viermal Carcinom des Rachens diagnostiziert werden.

Virchow erklärte, nicht die Krankheit selbst, sondern nur die Praedisposition werde vererbt.

Ferner ist es wohl über allem Zweifel erhaben, dass die durch vieles Rauchen bedingte Psoriasis membranacea mucosae oder Leucoplakia buccalis, wie Schwimmer diese Erkrankung nennt zum Unterschiede der auf luetischer Basis beruhenden Plaques muqueuses, einen gewissen Einfluss auf die spätere carcinomatöse Erkrankung ausübt. Durch den fortwährenden Reiz, dem die Schleimhaut ausgesetzt ist, bilden sich Entzündungserscheinungen, später Erosionen und Rhagaden. So wird der Uebergangsform in die maligne Neubildung Vorschub geleistet.

Unter solchen Voraussetzungen ist es auch nicht auffallend, dass Männer viel häufiger ergriffen werden als Frauen. Diese Erscheinung trifft man nicht nur bei Carcinom des Rachens. Dasselbe kommt zu selten vor, um aus ihm allein auf das verschiedene Auftreten beim männlichen und weiblichen Geschlechte schliessen zu können.

Winiwarter hatte während einer Beobachtungszeit von acht Jahren auf der Billroth'schen Klinik unter 548 Carcinomen keinen einzigen Fall von Carcinoma pharyngis. In der Langenbeck'schen Klinik wurde unter 230 Carcinomen nur ein Fall von Pharynxkrebs beobachtet.

Auffallend und von v. Langenbeck selbst als eigenartiges Zusammentreffen angeführt, ist das gleich-

zeitige Auftreten von vier Fällen von Rachencarcinom innerhalb eines Jahres kurz nach der oben angeführten Zusammenstellung. Die Patienten hatten ein Alter von 32—58 Jahren.

Zum Beweise, dass auch die carcinomatöse Erkrankung anderer Organe, z. B. der Zunge, bei Männern häufiger ist als bei Weibern, möge eine Zusammenstellung der Zungencarcinome, wie sie in Tillmanns Lehrbuch der Chirurgie angeführt sind, folgen:

Nach Barker betrafen von 293 Fällen von Zungencarcinome nur 46 das weibliche Geschlecht: von den 76 Fällen von Pennel kommen 67 auf das männliche, nur 9 auf das weibliche Geschlecht: unter 100 Zungencarcinomkranken Boltinis waren nur 3 weibliche Patienten.

Auffallend ist die Angabe Krönleins, dass das Pharynxcarcinom in der Schweiz ziemlich häufig sein soll.

Die Symptome des Rachencarcinoms sind deutlich und lassen selten im Stiche.

Mackenzie sagt: „Im pharyngooralen Teile wird man die Geschwulst sehen und mit dem Finger fühlen können, die Sprache des Patienten wird undeutlich und articuliert, aus dem Munde wird foetider Speichel entleert. Dazu gesellt sich permanenter Schmerz, der immer mehr zunimmt und gegen das Ohr zu ausstrahlt. Mit dem Fortschreiten des Prozesses treten Beschwerden beim Atmen auf, vielleicht infolge eines Verschlusses der Choanen.

Ist der Sitz des Carcinoms der laryngeale Abschnitt des Schlundes, so sind die Symptome, der

Verlauf und das Ende des Prozesses fast identisch mit dem des Oesophaguskrebses. Nur nimmt die Krankheit gewöhnlich einen etwas langsameren Verlauf, als wenn sie im Mundteile auftritt. Auch sind in diesem Falle keine Schmerzen bei der Deglutination vorhanden. Folgerichtig nimmt der Patient mehr Nahrung zu sich und lebt länger. Daher findet sich in diesen Fällen die bekannte Krebscachexie in der Regel sehr ausgebildet.

Die immerwährende Expectoration eines schaumigen Speichels ist höchst charakteristisch. Bei der äusseren Untersuchung zeigt sich zuweilen keine Veränderung. Ist aber die seitliche Pharynxwand befallen — nach Krönlein soll diese Lokalisation die häufigste sein — so zeigt sich eine starke Ausfüllung der oberen Halsgegend an der befallenen Seite und der Kehlkopf schiebt sich mehr und mehr nach der entgegengesetzten Seite hinüber in dem Grade, dass das Pomum Adami aus der Mittellinie des Halses vollständig verdrängt wird. Ist aber die vordere oder hintere Wand befallen, so weicht der Kehlkopf nach vorn aus und kann in dem Grade nach vorn gedrängt werden, dass das Pomum Adami in einer Ebene mit dem Kinn steht.

In dem Archiv für klinische Chirurgie finde ich die Angabe: „Ist der Pharynx allein befallen, so ist die Stimme gedämpft und der Kranke spricht, als hätte er einen Kloss im Hals, die Deglutination ist mehr oder weniger erschwert, Respirationsbeschwerden sind indes nicht vorhanden. Greift das Carcinom auf den Larynx über, so dass das lig. aryepiglotticum, die Aryknorpel und die Stimmbänder mit ergriffen

sind, dann findet sich Heiserkeit bis zur Aphonie und beim Atmen ein mehr oder minder ausgesprochener Stridor laryngis.“

Bei der inneren Untersuchung mit dem Finger oder dem Kehlkopfspiegel fühlt und sieht man unter Umständen sehr deutlich den ganzen Ausdehnungsherd der Erkrankung. Die Krankheit tritt gewöhnlich als Scirrhus auf, doch kommt auch Carcinoma simplex und wie aus einem von Fränkel mitgeteilten Falle zu ersehen ist, auch das Cancroid vor.

Delpesch bemerkt, am Anfange habe die Erkrankung grosse Aehnlichkeit mit dem Carcinom des Rektums. Auch sie macht zuerst wenig Beschwerden und erst später, wenn sie auf die angrenzenden Teile übergreift, treten schwerere Erscheinungen auf.

Man sieht zuerst einen Tumor mit deutlich begrenzten Rändern, welcher einen verschieden grossen Raum im submucösen Gewebe einnehmen kann. Derselbe ist von der Schleimhaut überzogen, welche in den ersten Stadien der Erkrankung in jeder Beziehung meist ihren normalen Charakter beibehält. Zuweilen findet man jedoch schon zu dieser Zeit eine leichte Rötung der Mucosa. Später beginnt die Ulceration und zwar in der ganzen Ausdehnung des ergriffenen Abschnittes. Zu gleicher Zeit treten auch Schmerzen auf. Die Oberfläche der Ulceration ist rötlich oder weisslich grau verfärbt und mit äusserst fötidem Sekret bedeckt. Später erheben sich von der Geschwürsfläche fungöse Granulationen.

Der Verlauf der Krankheit ist der aller Carcinomerkrankungen. Die Patienten magern zusehends ab und unter den Erscheinungen allgemeiner Entkräf-

tung tritt der Tod ein. Schech schildert den Verlauf des Pharynxcarcinoms mit folgenden Worten:

„Schon frühzeitig haben die Kranken das Gefühl eines Hindernisses, des Steckenbleibens der Speisen. Sie suchen das Genossene durch Trinken weiter zu befördern, haben jedoch nie vermehrtes Bedürfnis zum Schlucken und Ausräuspern des sich massenhaft ansammelnden Schleimes. Bei dem allmähligen Zerfall der Neubildung treten Foetor ex ore, sekundäre Lymphdrüsenschwellungen, Abmagerung, zuweilen auch Blutungen auf. Nicht gar selten wuchern Carcinome des untersten Pharynxabschnittes auf den Larynx weiter, verdrängen denselben oder geben durch Druck auf den Ringknorpel, durch Lähmung des Glottisöffner zu Dyspnoe und bei Druck auf den Recurrens zu Heiserkeit Anlass. Bei vollständiger Verlegung des Oesophaguseingangs tritt, wenn nicht operativ vorgegangen wird, der Hungertod mit allen seinen Schrecken ein.“

Wagner sagt, das Pharynxcarcinom ist durch rasche Zerstörung, durch grosse Neigung zu Blutung, Verjauchung, durch Recidive, durch Anschwellung der Lymphdrüsen, dann durch rasches Wachstum, verbunden mit lancinierenden Schmerzen ausgezeichnet. Makenzie charakterisiert die Erkrankung folgendermassen: „Das Pharynxcarcinom ist eine Neubildung, welche entweder durch Inanition oder durch Hämorrhagieen zum Tode führt. Der primäre Krebs entsteht entweder in den Wandungen des Schlundes oder in den Tonsillen. Selten tritt er im Mundteil auf, viel häufiger weiter unten, wo er gewöhnlich zuerst

die hintere Wand befällt und, nach den Seiten fortschreitend, später den Larynx ergreift.“

Eine Eigentümlichkeit, welche das Carcinom zu einer der bösartigsten Krankheit stempelt, ist die Fähigkeit, Metastasen in entfernten Organen zu bilden. So sieht man nach Mammacarcinomen ausgedehnte Knoten krebsiger Natur in der Leber, in den Lymphdrüsen. In wie weit diese Fähigkeit auch beim primären Carcinom des Rachens ausgebildet ist, kann bei dem seltenen Vorkommen dieser Erkrankung nicht genügend beurteilt werden. Doch scheinen, wie aus den beiden oben beschriebenen Fällen zu erkennen ist, ausgedehnte Metastasen nicht aufzutreten. Im ersten Falle war eine solche im Mittellappen der Schilddrüse und veranlasste dort die hauptsächlichsten Beschwerden. Aus der Litteratur ist zu ersehen, dass sich Metastasen zuweilen am Kehlkopf, an den Stimmbändern zeigen. Auffallender Weise werden die zunächst liegenden Lymphdrüsen wie die submaxillaren wenig ergriffen.

Die Diagnose ist in den ausgesprochenen Fällen leicht und sicher zu stellen. Ist der Tumor gross, so sieht man schon von aussen die beträchtliche Schwellung des Halses, er bewirkt Aufhebung des Nasenatmens und veränderte Sprache. Allenthalben tritt, wenn die Geschwulst in dem immer bewegten Pharynx zu ulcerieren beginnt, das Bild des Cancer apertus in grauenerregender Weise entgegen.

Im Beginne der Erkrankung ist die Diagnose nicht so leicht zu stellen. Hier macht das Carcinom meist den Eindruck eines einfachen Papilloms, wie solche im Pharynx öfters vorzukommen pflegen. Hier

muss dann die mikroskopische Untersuchung eines kleinen excidierten Stückes entscheiden. Sich auf die Digitaluntersuchung allein zu verlassen und aus dem harten Widerstand auf Carcinom schliessen zu wollen, scheint mir bei der Leichtigkeit, mit welcher durch das Mikroskop eine sichere Diagnose zu erlangen ist, nicht sehr empfehlenswert. Gibt es ja doch auch Papillome und namentlich Fibrome, die sich ziemlich hart und derb anfühlen.

Was nun die Differenzialdiagnose betrifft, so kommen hier Tuberkulose und Syphilis in Betracht. Gutartige Tumoren, wie Polypen und Papillome bieten der Diagnose keine Schwierigkeiten. Wenn sie auch im stande sind, den Patienten bedeutende Beschwerden zu verursachen, so spricht das ganze Befinden des Erkrankten sofort für ein gutartiges Leiden.

Fränkel teilt in der deutschen medizinischen Wochenschrift einen Fall mit und bemerkt dazu: „Der primäre Krebs des Rachens ist eine unter Umständen ausserordentlich schwere, mitunter nicht zu diagnostizierende Erkrankung, weil, wofern es sich um die Lokalisation des Krebses im Bereiche des Pharynx handelt, sowohl die Inspektion als auch die Digitaluntersuchnng im Stiche zu lassen pflegt, da die als Schulsymptom angeführte Erscheinungen des Schluckschmerzes und der behinderten Deglutination entweder ganz fehlen können oder nur wenig prägnant vorhanden zu sein brauchen und gegenüber dem im Krankheitsbilde vorherrschenden, auf ein schweres Leiden des Kehlkopfes hinweisenden Symptome der Heiserkeit und des laryngealen Stridor vollkommen in den Hintergrund treten. Als das wichtigste, die klinische

Diagnose begründendes Moment muss der mikroskopische Befund von durch Probeexcission leicht zu gewinnenden Geschwulstpartikelchen bezeichnet werden, dies Verfahren wird vor Verwechslungen mit syphilitischen und tuberkulösen Prozessen an dieser Stelle sicher schützen."

Ob es sich bei der Erkrankung des Rachens um Lues handelt, wird wohl am besten daraus erkannt, dass man vor der etwaigen Operation eine Schmierkur durchmachen lässt und Jodkali darreicht.

Krönlein sagt: Die Diagnose kann dadurch schwierig werden, weil luetische Affektionen zum Krebs in Beziehung stehen. Entscheidend ist in allen Fällen die mikroskopische Untersuchung und die Einleitung einer antisyphilitischen Kur.

Makenzie gibt an, dass die Diagnose zwischen Lues und Carcinom nur im dritten Stadium Schwierigkeiten bereiten könne. Doch soll sich bei Carcinom mehr Verdickung und weniger Zerstörung der Gewebe finden und die Farbe des affizierten Teiles viel lebhafter sein. Ein ulcerierendes Gumma könne lange Zeit einem Carcinom sehr ähnlich sehen, doch zeige der Verlauf bald die wahre Natur des Geschwüres.

Eine weitere Verwechselung könnte dadurch entstehen, dass die carcinomatöse Erkrankung im Rachen für Tuberkulose gehalten wird.

Tillmanns gibt in seinem Lehrbuch der speziellen Chirurgie eine Schilderung von Rachentuberkulose, aus welcher am deutlichsten die typischen Befunde dieser Erkrankungsart erkannt werden können.

„Die Tuberkulose des Rachens und Gaumens kommt wohl nur bei gleichzeitiger Tuberkulose an-

derer Organe, besonders bei Tuberkulose des Kehlkopfes und der Lunge vor. Nicht selten besteht gleichzeitig Hauttuberkulose im Gesicht — Lupus — oder auch Tuberkulose der Zunge.

Die Tuberkulose des Rachens beginnt in der Regel mit einer ziemlichen Verdickung der Mukosa und Submukosa, in welcher dann deutlich kleinste Tuberkel oder erbsengrosse Tuberkelknoten auftreten. Bald entstehen dann linsengrosse oder grössere konfluierende Geschwülste mit käsigem Grunde an den Gaumenbögen, an der hinteren Rachenwand und an der hinteren Fläche des Gaumensegels. Bei genügender Beleuchtung sieht man zwischen diesen tuberkulösen Geschwüren die für die Diagnose charakteristischen miliaren Knötchen. Perforationen entstehen am weichen Gaumen nur selten. Ausser der ulcerösen Form der Tuberkulose kommt auch hier wie an den übrigen Stellen der Mundhöhle die tuberöse Form der Tuberkulose vor, d. h. es bilden sich derbe, schmerzlose grössere Knoten unter der Schleimhaut, welche sich allmählich vergrössern, eventuell aufbrechen, verkäsen, vereitern.

Corazza hält bei oberflächlicher Betrachtung eine Verwechselung des Carcinoms mit einer tuberkulösen oder idiopathischen Kehlkopfkrankheit für leicht möglich. Gleichzeitig sei an dieser Stelle auch noch seine eigene Auffassung über die Veränderungen der Atmung eines an Pharynxcarcinom Leidenden angeführt:

„Die auffallenden Erscheinungen von Seite der Atmung und der Stimme sind nicht als blosse Reflexwirkung durch Druck der Geschwulst auf den laryn-

geus superior, sondern hauptsächlich durch den bei der Sektion gefundenen starken Kehlkopfkatarrh bedingt, welcher sich zum Teil von der hinteren Rachenwand fortgepflanzt haben möchte, besonders aber dadurch, dass die oberhalb der Erkrankungsstelle steckenden Speisen und Getränke an und in die Glottis direkt kamen und eine Reizung mit folgenden Suffocation und spastischen Verschluss der Glottis herbeiführten, worauf sich erst sekundär der Katarrh entwickelte. Auch könnte die Geschwulst selbst den Kehlkopf verengern durch Druck und die Muskulatur durch seröse Durchtränkung lähmen."

Die Prognose ist vollständig infaust. Die Erkrankung führt stets zum Tode und der einzige Zweifel bezieht sich auf ihre Dauer. Makenzi sagt: „Das Leiden führt rascher zum Tode, wenn auch die Respiration mit in Leidenschaft gezogen ist, als wenn nur Schlingbeschwerden vorliegen".

Fränkel sagt: „Eine radikale Heilung dieses Carcinoms ist bisher nur ausnahmsweise versucht worden und kaum je von Erfolg gewesen".

Schech sagt: „Die Prognose richtet sich nach dem Sitze und der Grösse der Geschwulst".

Bei der Bösartigkeit dieser Erkrankung kann es nicht Wunder nehmen, wenn zur Heilung oder wenigstens zur Linderung der oft starken Beschwerden alle möglichen Versuche und Vorschläge gemacht wurden.

In der Therapie können zwei Wege eingeschlagen werden. In erster Richtung kommt bei weit vorgeschrittener Erkrankung die symptomatische Behandlung in Frage. Kräftige Ernährung, eventuell sogar durch die Schlundsonde bildet eines der ersten

Momente. Medikamentös lässt sich auch hier ebensowenig erreichen, wie bei carcinomatösen Erkrankungen anderer Organe. Am ehesten ist noch von der subkutanen oder innerlichen Anwendung von Tinct. arsenicalis Fowleri eine Besserung oder Einschränkung des Prozesses zu erwarten.

H. Snow, der erfahrene Chirurg am Londoner Hospital für Krebskranke, empfiehlt als Palliativmittel bei inoperablen Carcinomen und sogar behufs Verhütung von Recidiven die Opiumpfeife.

In zweiter Richtung kommt auch bei dem Carcinom des Pharynx wie bei anderen Tumoren die operative Behandlung in Frage. Kauterisation von dem Munde aus scheinen sogar das raschere Auftreten von Recidiven zu begünstigen, ebenso ist mit den Auskratzungen mittels des scharfen Löffels.

Eine Radikalheilung wäre nur von der gänzlichen Entfernung der erkrankten Partieen bis tief in das gesunde hinein möglich. Doch sind leider auch hier Recidive äusserst häufig.

Um die Ausbildung der Technik bei Exstirpation eines Pharynxcarcinoms hat sich namentlich v. Langenbeck verdient gemacht. Die von ihm angegebene Pharyngotomia subhyoidea wurde nach einigen Jahren von Iversen und Gussenbauer modifiziert, indem sie die Pharyngotomia lateralis angaben.

Die Hauptsache und zugleich das für die Technik bei den ausgedehnten Verwachsungen am schwierigsten zu überwindende Hindernis ist die vollständige Entfernung des Pharynx ohne gleichzeitige Exstirpation des Kehlkopfes. Dieselbe ist jedoch möglich durch

die lockere Verbindung des Organes mit den Nachbarteilen.

Die hintere Wand ist dicht vor der Halswirbelsäule gelegen, sie ist von diesen Teilen nur durch eine leicht verschiebbare, lockere Bindegewebslage, das sogenannte retropharyngeale Bindegewebe getrennt, in welches einige kleine Lymphdrüsen eingelagert sind. Die Seitenwände grenzen an die Carotiten, die vordere Wand ist ebenfalls mit dem Kehlkopf lose verwachsen.

Eine ausgedehnte Operation, eine vollständige Exstirpation des ganzen Pharynx ist nur möglich, wenn man von der seitlichen Wand des Halses in den Pharynx eindringt und den Kehlkopf so zur Seite zieht, dass der ganze Pharynx vollständig frei liegt. Vor der Ausführung der Operation ist, wenn man nicht am hängenden Kopfe operiert, die Tracheotomie inferior zu machen und die Trendelenburg'sche Tamponkanüle einzulegen.

Eine Hauptgefahr, welche in vielen Fällen den Erfolg der Operation beeinträchtigt, ist das Eintreten einer Schluckpneumonie, an welcher dann der schon so sehr geschwächte Patient infolge von Gangraena pulmonum zu Grunde geht.

Ist der Tumor schon sehr ausgedehnt, so kann durch eintretende Atmungsbeschwerden die Tracheotomie in manchen Fällen direkt lebensrettend wirken, bei vollständigem Verschluss ist, um das Leiden des Erkrankten zu mildern und ihn wenigstens vor dem Hungertode zu bewahren, die Oesophagotomie zu machen oder eine Magenfistel anzulegen.

Das Carcinom des Rachens ist, ein manchmal

einen kurzen Ueberblick zu geben, ein äusserst seltenes Leiden, dessen Aetiologie wie die aller Carcinome nicht klar ist. Die Symptome und der Verlauf unterscheiden sich nicht von den krebsartigen Erkrankungen anderer Organe, die Prognose ist schlecht wie die aller ulcerierenden Geschwülste, der Therapie kann nur operativ sein. Dieselbe hat um so mehr Aussicht auf Erfolg, je früher das Leiden erkannt wird, und je geringer die Verwachsungen mit den Nachbarteilen sind.

Zum Schlusse meiner Arbeit sei mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Obermedizinalrat Prof. Dr. Bollinger für die gütige Uebernahme des Referates und Herrn Privatdocent Dr. Dürck für die liebenswürdige Unterstützung meiner Arbeit den verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1. Schmidt's Jahrbücher.
2. Virchow, Archiv der pathol. Anatomie 50.
3. Fischer, Wiener med. Wochenschrift XV. 1865.
4. Fränkel, Cancroid des Pharynx. Berl. klin. Wochenschrift 1877. XIV.
5. Berliner klin. Wochenschrift XXVII. 1890. 43.
6. Tillmanns, Lehrbuch der Chirurgie.
7. Makenzie, Krankheiten der Nase und des Rachens.
8. Deutsche medizinische Wochenschrift XV. 1889.
9. Schech, Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase.
10. Eulenburg, Realencyclopädie der Heilkunde. XV.
11. Ziemssen, Handbuch. Wagner und Weng VII. 1.
12. Archiv für klin. Chirurgie. 1895.
13. Pitha-Billroth III.
14. Kranefuss, Retropharyngeales Carcinom. Inaug.-Diss. Bonn.
15. Stappert, Tonsillarcarcinom. Inaug.-Diss. Würzburg.
16. Lurasz, Die Krankheiten der oberen Luftwege.
17. Birsch-Hirschfeld, Pathol. Anatomie.
18. Romberg, Das Carcinom des Schlundes. Berl. klinisch. Wochenschrift 1883. 40.
19. König, Lehrbuch der Chirurgie.
20. Hueter-Lossen, Lehrbuch der allgem. Chirurgie.